

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N° :

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR MARCEL DAMBIER

né à Tours le 21 Février 1892

CONTRIBUTION
à l'Étude du Traitement
des ruptures utéro vésicales

Président : M^r le P^r COUVELAIRE

1922

Société Générale d'Imprimerie

46, RUE JACOB, 46

— PARIS —

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

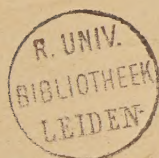
PRÉSENTÉE PAR MARCEL DAMBIER

né à Tours le 21 Février 1892

N° 1
221

CONTRIBUTION
à l'Étude du Traitement
des ruptures utéro vésicales

Président : M^r le P^r COUVELAIRE



1922

Société Générale d'Imprimerie

46, RUE JACOB, 46

PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUIVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CANUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINGZYC	
DESMAREST	L ANGLAIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui ser ont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma
reconnaissance et de ma
piété filiales.*

A MON MAITRE
LE DOCTEUR BERGÉ

*En le priant de bien vouloir
trouver ici l'expression de
notre reconnaissance et de
notre attachement pour
l'intérêt qu'il nous a tou-
jours témoigné.*

A MON MAITRE
LE DOCTEUR BABONNEIX

*En témoignage de notre respectueuse
gratitude pour les affectueuses
leçons qu'il nous a données à
l'hôpital Trousseau.*

A MON MAITRE
LE DOCTEUR CHIRIÉ

*qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de cette thèse.*

AU PROFESSEUR COUVELAIRE
Chevalier de la Légion d'honneur

*qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Mr LE DOCTEUR ALGLAVE

Mr LE DOCTEUR MICHEL

Mr LE DOCTEUR FOURNIER

Mr LE DOCTEUR MACÉ

PRÉLIMINAIRES

Nous avons pu recueillir un cas de rupture de l'utérus compliqué de rupture de la vessie, traité chirurgicalement et terminé par la guérison.

A l'occasion de cette observation nous avons cherché et trouvé un certain nombre de faits semblables et nous avons pensé qu'il serait avantageux de les grouper afin de les étudier et d'en tirer quelques conséquences utiles surtout au point de vue thérapeutique.

Le point particulier de notre observation réside dans ce fait que le bec de l'uretère était presque au contact de la déchirure vésicale et qu'une suture pratiquée à ce moment aurait certainement entraîné l'oblitération de l'uretère gauche avec toutes ses conséquences.

Il est donc dangereux, dans certains cas, de pratiquer la suture immédiate, et il faut savoir attendre la guérison du traumatisme obstétrical pour traiter la lésion vésicale par la voie transvésicale (technique de Marion) qui permet de voir l'uretère et de traiter avec succès des plaies vésicales même très étendues.

Nous nous proposons donc d'étudier la rupture vésicale compliquant la rupture utérine et nous nous efforcerons surtout de poser les indications thérapeutiques qu'elle comporte.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Mme Lachapelle. Maternité.

Rupture spontanée de l'utérus et de la vessie. Version.
Mort par inflammation du péritoine.

Femme de 35 ans, rachitique, 3^e pose.

Rupture utérine.

Essai infructueux de forceps et tentative de version qui réussit facilement ramenant un enfant mort pesant 3 k. 750. La main portée dans la matrice montra qu'elle s'était rompue en avant et en bas.

Douleurs et vomissements.

Une urine sanguinolente continua pendant tout le jour à s'écouler par le vagin.

Fièvre. La malade succomba le 3^e jour après son accouchement.

Autopsie. — L'utérus offrait en avant et à droite vers la base de son col une déchirure oblique et de trois pouces d'étendue ; la vessie était à sa base postérieure déchirée sur une étendue d'environ deux pouces.

OBSERVATION II. — Mme Bonnaire. Maternité. 23 Janvier 1884.

Rachitisme. Rupture utéro vésicale spontanée. Version.
Mort par péritonite.

Femme de 37 ans, enceinte pour la 10^e fois. Tous les autres accouchements se sont bien passés.

Examen. — Rachitisme. Albumine dans les urines. Présentation du sommet. Rupture utérine. Enfant succombe. Evacuation de l'utérus par version podalique on reconnaît une

vaste déchirure du segment inférieur, dirigée transversalement immédiatement en arrière des pubis.

Le cathétérisme vésical ramène très peu d'urine sanglante.

Une sonde à demeure laisse s'écouler une urine uniformément teintée de sang.

Autopsie. — Immédiatement au dessus et en arrière des pubis, on découvre le foyer de la lésion consistant en une déchirure suivant une direction oblique de droite à gauche et de bas en haut.

Le péritoine est dilacéré.

La vessie est irrégulièrement fendue en travers, près de son sommet, sur sa face postérieure.

Dimensions : 6 centimètres environ.

Les uretères et le bas-fond vésical sont demeurés intacts:

OBSERVATION III. — Mme Henry. Maternité.

Rupture utéro vésicale spontanée. Version Mort.

F... 11^e grossesse. Les antérieures sans incidents. Malade pas à terme.

Examen. Présentation du sommet, procidence d'un bras et du cordon. Enfant a succombé du fait de la rétropulsion du bras et la tête achève sa flexion.

Utérus est déformé.

Le cathétérisme vésical ramène une petite quantité de sang.

La femme faisant des efforts la rupture utérine se produit.

Version : Enfant pesant 3 k. 880.

La délivrance effectuée, on constate une déchirure du segment inférieur en avant et à gauche suivant une direction transversale.

Une sonde introduite dans la vessie rencontre à nu le contact de la main restée dans l'utérus.

Autopsie. — Permet de constater une déchirure de toute la face postérieure de la vessie et du péritoine interposé.

OBSERVATION IV. — D^r Bouilly, Mme Henry, Maternité

Rupture utéro vésicale. Foyer de rupture fixé à l'abdomen.
Mort.

Le 22 Mars 87, entre à la Maternité, la nommée Blan...
en travail d'accouchement. C'est sa 16^e grossesse.

Des 15, 3 se sont terminées par avortement ; 12 par accouchement spontané dont une gémellaire.

D. R. du 16 au 18 Juin, à terme.

Le travail a débuté le jour même de l'admission à une heure de l'après-midi. Les membranes sont rompues dès le début du travail.

Un médecin a fait déjà 3 applications de forceps sans résultat après avoir administré 3 doses d'ergot de seigle.

La femme arrive en mauvais état à la Maternité. Pouls 132, Température 38°2.

L'abdomen est distendu, de forme irrégulière.

Le palper est douloureux surtout à gauche.

Le globe utérin semble constitué par 2 tumeurs superposées et séparées par un étranglement profond siégeant à peu près au niveau de l'ombilic, mais plus manifeste à gauche qu'à droite.

La malade rapporte que cette disposition particulière de son abdomen avait déjà été constaté au moment où elle a quitté sa demeure.

L'enfant se présente par le sommet en O. I. G. A.

Les mouvements actifs ne sont plus perçus.

L'auscultation confirme la mort du fœtus.

Dilatation complète.

Présentation fortement engagée.

Le cathétérisme ne ramène que quelques gouttes de sang pur.

Des vomissements se produisent.

M. Potocki fait l'application de forceps.

La tête fuit devant l'instrument.

Mme Henry fait la version. Poids de l'enfant 4 k. 500.

En pratiquant la délivrance artificielle on reconnaît l'existence d'un vaste délabrement de la paroi antérieure du segment inférieur.

Une sonde métallique introduite dans l'urètre vient heurter directement la main laissée dans l'utérus.

Le lendemain, M. Bouilly décide la laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen, des caillots noirâtres s'échappent ; on fait la toilette du péritoine à l'eau bouillie.

On constate que *l'utérus et la vessie sont déchirés en travers irrégulièrement sur une grande étendue.*

La déchirure de l'utérus était telle que M. Bouilly n'a pu pratiquer une suture de ses bords.

Les bords amenés au contact de l'incision abdominale ont été fixés en ce point par de nombreuses sutures de manière à pouvoir désinfecter largement la cavité utérine.

La rupture vésicale descendait très bas et ne pouvait être suturée en totalité.

Elle a été rétrécie par quelques points de suture et on a introduit dans ce cloaque artificiel un gros tube à drainage plongeant dans la vessie et sortant par la partie inférieure de l'incision abdominale.

Il n'y a pas eu de drainage vaginal.

La malade après un mieux apparent, meurt à 7 heures du matin, 20 heures après l'opération.

OBSERVATION V. — (Thèse de Brossard X).

Rupture de l'utérus et de la vessie.

Hémorragie péritonéale. Laparatomie par M. Tuffier. Mort.

La nommée Buff... est entrée à la Maternité Salle Lachapelle, le 19 Septembre 1888. C'est une femme âgée de 24 ans d'un bonne constitution.

Les dernières règles sont du 22 au 27 décembre 87.

Le 18 Septembre à 9 heures du soir, un médecin est appelé auprès de cette femme. Après avoir tenté une application de forceps, il donne le conseil de l'envoyer à la Maternité.

Examen. — Abdomen irrégulier, douloureux.

L'utérus forme 2 tumeurs superposées et séparées par une dépression profonde siégeant au niveau de l'ombilic. On n'entend pas les bruits du cœur.

La dilatation est complète. Le siège est engagé dans l'orifice vulvaire.

A l'arrivée de la malade on pratique le cathétérisme, mais on ne retire qu'une grande quantité de sang.

On en conclut qu'il y a une rupture de l'utérus et de la vessie.

Symptômes généraux très graves.

Ventre douloureux.

M. Tuffier décide de faire la laparotomie pour extraire le fœtus, laver le péritoine et suturer ensuite si c'est possible les organes rompus.

Opération commencée le 19 Septembre à 11 heures matin,

Au moment où l'abdomen est ouvert, il s'échappe une assez grande quantité de liquide sanguinolent.

On extrait un fœtus masculin putréfié de 4 k. 160.

Lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie.

On constate alors une large déchirure de l'utérus et de la vessie, qu'il est impossible de suture.

Le lavage terminé, M. Tuffier réunit les plaies utérine et vésicale aux bords de la plaie abdominale puis pose plusieurs drains dont un dans la vessie communiquant avec l'ouverture abdominale.

La malade se trouve mieux en s'éveillant ; mais les vomissements commencent rapidement après l'opération, la température s'abaisse, tandis que la respiration et le pouls montent et la malade meurt le 19 Septembre à 10 h. 1/2 du soir.

OBSERVATION VI. — (Villar).

Rupture de l'utérus et de la vessie.

Laparotomie. Opération de Zovro. Suture immédiate de la vessie.

La laparotomie fut pratiquée environ 8 heures après l'accident.

Le fœtus et le placenta chassés de l'utérus étaient tout entiers dans le ventre ; la cavité abdominale était remplie de sang. L'utérus revenu sur lui-même, mais encore volumineux

présentait du côté gauche une grande déchirure partant du col et allant se perdre près de l'insertion du ligament rond ; cette déchirure intéressait surtout le segment inférieur.

La vessie était complètement ouverte, la déchirure intéressait aussi le côté gauche.

J'appliquai à la partie inférieure de la matrice un tube de caoutchouc et le reséquaï au dessus ; puis je suturai au catgut la portion déchirée qui restait dans le pédicule.

La vessie fut suturée par le procédé de l'abrasion.

Le pédicule fut fixé à l'extérieur et je l'entourai au moyen de sutures d'une collerette péritonéale.

Au dessus et au dessous du pédicule, je plongeai une mèche de gaze iodoformée.

M. Villar dit qu'au 5^e jour, la malade va bien et que l'urine coule claire et abondante par la sonde à demeure.

OBSERVATION VII. —(Demelin et Calvé).

Hydrocéphalie. Version. Rupture utéro vésicale. Hystérectomie subtotale. Guérison. Opération ultérieure de la déchirure vésicale passée inaperçue au cours de l'opération.

F. sextipare entre à la Maternité St-Louis 23 Juin, à 6 heures du matin. Dilatation complète, on essaye un forceps.

L'exploration montre une hydrocéphalie et une proci-dence du bras droit se produit. On tente la version et le tronc dégagé, on fait une ponction à l'aide du perforateur de Blot à travers une suture de la tête dernière.

La délivrance faite une hémorragie considérable se produit et M. Calvé en explorant la cavité utérine perçoit une déchirure étendue du segment inférieur et du corps utérin.

M. Demelin pratique une hystérectomie subtotale.

Le cathétérisme vésical exécuté après l'accouchement n'avait donné issue qu'à une faible quantité de sang non mêlé d'urine.

Opération. — Laparotomie sous ombilicale.

Epanchement de sang dans la cavité péritonéale.

L'utérus présente une rupture latérale droite intéressant le col et le segment inférieur dans toute sa paroi antérieure qui est largement effondrée ; la déchirure remonte assez haut sur le corps utérin.

Hystérectomie sub totale.

Suture au catgut du moignon cervical, de manière à fixer l'une à l'autre les 2 lèvres de ce moignon et à obturer complètement le trajet cervical ; puis fixation du moignon ainsi obturé à la face postérieure de la vessie.

Enfouissement et péritonisation des pédicules vasculaires et du moignon cervical par un surjet au catgut.

Drain sous péritonéal passant dans le vagin et fixé dans l'angle inférieur de l'incision abdominale.

Autre drain allant du fond du Douglas à la paroi abdominale à laquelle il est également fixé.

Fermeture de la paroi abdominale.

Suites. — Le soir de l'opération, un cathéter vésical ramène du sang et révèle une déchirure de la vessie passée inaperçue au cours de l'intervention.

Au 12 Juillet, l'état général de la malade est très bon.

L'urine s'écoule en partie par la sonde à demeure, en partie par la fistule siégeant en haut et en avant du dôme vaginal

La fistule fut opérée par Ricard en Octobre 1904.

OBSERVATION VIII. — (Demelin et Calvé).

Présentation de l'épaule. Foetus macéré. Version. Rupture utérine et vésicale. Hystérectomie sub totale. Mort. Néphrite ancienne.

F. 30 ans, sextipare, grossesse à terme. A l'entrée à l'hôpital, la malade présente un très mauvais état général et se plaint de vives douleurs lombaires.

Une sonde introduite dans la vessie ramène des urines sanguinolentes.

Les membranes sont rompues depuis le matin et le travail marche rapidement. Vers le soir, la dilatation est complète, on fait le diagnostic de siège. Mais M. Calvé en allant

rechercher les pieds pour les abaisser trouve la tête et une main.

L'erreur de diagnostic tenait à ce que les 2 omoplates rapprochées simulaient le sillon interfessier.

La version s'accomplit très facilement sans effort.

L'enfant de 3 k. est mort macéré.

Le délivre est extrait aussitôt après. A l'examen des organes génitaux internes, M. Calvé constate une déchirure du segment inférieur intéressant le muscle utérin.

Opération. — M. Demelin à 1 heure du matin pratique l'hystérectomie subtotale pour rupture intéressant le bord droit de l'utérus et la majeure partie de la paroi antérieure du segment inférieur.

L'exploration de la vessie révèle une déchirure très étendue siégeant sur la face postérieure dans la portion sous péritonéale.

Dirigée transversalement, la déchirure vésicale présente des bords déchiquetés mâchés et cet état rend impossible la suture vésicale.

M. Demelin se décide alors, l'utérus enlevé, les pédicules vasculaires liés, à établir un véritable toit péritonéal (comme dans l'observation VII) passant au dessus du moignon cervical et du bas fond vésical c'est-à-dire que les 2 lèvres du col, après avoir été suturées l'une à l'autre, forment un moignon qu'on attache au dessus de la tranche péritonéale correspondante.

Ensuite la péritonisation est faite, en suturant ensemble la tranche péritonéale antérieure et la postérieure au dessus de la suture cervico vésicale.

Grâce à cette péritonisation établie par un double surjet au catgut, la suture vésicale est isolée, séparée de la grande cavité péritonéale et l'urine s'écoule au dehors par une sonde à demeure introduite par l'urètre et plongeant dans ce cloaque artificiellement créé.

Un drain allant du fond du Douglas à la paroi abdominale est posé dans l'angle inférieur de l'incision.

On n'a pas mis de drain faisant communiquer le cloaque sous péritonéal avec le vagin (ce qui avait été fait dans l'ob-

servation VII). Fermeture de la paroi par double surjet au catgut, suture cutanée aux crins de Florence.

La malade meurt 3 jours après.

Autopsie. — Pas de péritonite généralisée. Péritonite adhésive au niveau du surjet péritonéal.

Ablation des 2 reins, vessie, uretères en une pièce.

Rein : Néphrite calculeuse accentuée.

Rein gauche : Très atrophié, plongé dans une masse graisseuse.

Rein droit : Très gros, bosselé, série de kystes hématiques bourrés de calculs.

Au niveau du bassin, gros calcul ramifié en branches de corail avec prolongement dans l'uretère.

La suture péritonéale établie au dessus de la vessie avait parfaitement tenu et aucune infiltration d'urine dans la cavité péritonéale ne s'était produite.

OBSERVATION IX. — (Pinard et Potocki).

Rupture spontanée de l'utérus, de la vessie et du vagin pendant la période d'expulsion. Application de forceps sur l'enfant mort. Délivrance artificielle. Laparotomie. Hystérectomie abdominale totale. Suture de la vessie et du vagin. Guérison.

F. 42 ans, IX pare, 8 grossesses normales. 7 janvier 1904. premières douleurs. Travail lent. On rompt les membranes le 6 janvier. La dilatation est complète le soir à 4 heures et la femme se met à pousser.

Une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic se produit. Le cathétérisme vésical ne donne issue à aucune goutte de liquide.

L'auscultation foetale est négative.

La rupture utérine se produit.

M. Pinard fait pratiquer un forceps et on ramène un enfant mort pesant 4 k. 270.

M. Delestre plongeant à nouveau la main dans le vagin pour pratiquer la délivrance artificielle trouve au fond du cul de sac latéral droit une large brèche par laquelle il péné-

tre dans la cavité abdominale où se trouve au milieu des anses intestinales, le placenta qu'il extrait. Il s'écoule encore à ce moment une petite quantité de sang noir.

Pendant cette intervention, l'état de la femme ne s'est pas modifié. Mais sur le conseil de M. Pinard, on prévient M. Potocki pour pratiquer la laparotomie.

La cathétérisme vésical donne issue à quelques gouttes de sang pur, ce qui fait dire à M. Pinard que la vessie est intéressée.

Opération. — Laparotomie faite par M. Potocki.

Le fond de l'utérus apparaît avec son aspect normal. Le segment moyen n'est pas déchiré, mais, sur toute sa face antérieure, le péritoine est décollé jusqu'à la hauteur d'une ligne qui réunirait les insertions des ligaments ronds, en décrivant une courbe à concavité supérieure. Mais, plus bas, au niveau du segment inférieur et du cul de sac vésico-utérin, les lésions sont énormes. On aperçoit en effet, à la place que devrait occuper la réflexion du péritoine allant de l'utérus à la vessie, une immense brèche intéressant la séreuse décollée, le segment inférieur, le col, le vagin et la vessie.

La déchirure va d'un ligament large à l'autre.

Le péritoine est déchiré complètement entre les deux ligaments ronds dont les bords internes sont à nu.

La déchirure du *segment inférieur* est située sur la ligne médiane, elle commence à l'anneau qui limite en bas la partie épaisse du corps de l'utérus, et descend verticalement pour se continuer sur le col utérin qui est rompu longitudinalement jusqu'à l'orifice externe.

Le vagin semble être déchiré transversalement. La solution de continuité de la vessie paraît également avoir une *direction transversale* ; elle est considérable et mesure environ 6 centimètres de largeur.

OBSERVATION X. — M. Démelin, Lariboisière et M. Chirié

Rupture utéro vésicale s'arrêtant à 1 millimètre du bec de l'uretère gauche. Hystérectomie supra vaginale à la façon

d'Hartmann, Drainage abdomino-vaginal. Fistule vésicale opérée 6 semaines après par la voie transvésicale (Marion), guérison.

La nommée Hébert Augustine, âgée de 28 ans, 5^e grossesse entre le 3 juin 1920 dans le service. Passé pathologique : néant.

Réglée à 15 ans. 3 accouchements spontanés à terme ; 2 enfants vivants ; 1 fausse couche.

4^e grossesse actuelle : D. R. 8 septembre. Evolution normale de la grossesse.

Examen du 3 juin à 7 h. 30 du matin : Hauteur utérine : 39 centimètres ; Tête qui se fixe, enfant vivant ; membranes intactes ; dilatation 2 + ; envoyée en ville.

La femme est ramenée le 3 juin à 5 heures du soir.

Présentation de la face ; Dilatation 5 + ; Membranes rompues le 3 juin à 3 heures du soir ; Enfant vivant.

A 10 heures du soir, dilatation complète, la femme fait des efforts expulsifs : la tête a franchi le détroit supérieur, mais elle ne progresse pas.

A 11 h. du soir, la tête est toujours en M. I. G. T.

Les bruits du cœur sont rapides, mais réguliers. Les efforts expulsifs restent sans succès.

Minuit 30. — Les contractions s'espacent, le liquide est teinté de méconium.

Bruits du cœur lents. La rotation n'est pas faite.

M. Déglaine décide de faire une application de forceps.

1 h. matin. — Après déflexion préalable de la tête, application de forceps, suivant l'axe sincipito-mentonnier.

L'introduction de la branche postérieure est difficile. Cette première prise est suivie de glissement complet. le forceps lâche prise. 2^e prise efficace, mais bien que le doigt introduit dans la bouche appuie énergiquement sur le palais, la tête se met en flexion dès que l'on tire sur les bras. On essaie vainement de rétablir et de maintenir la déflexion.

En résumé, l'application de forceps ne permet ni progression, ni rotation. Il se produit une procidence du cordon qui vient jusqu'à la vulve.

Il existe à ce moment de faibles battements funiculaires. Le forceps est aussitôt abandonné. Mais la reposition manuelle du cordon est impossible.

La version semble à ce moment le seul moyen qui donne à l'enfant une chance de survivre. Les mouvements de déflexion exécutés à l'occasion du forceps ont montré qu'elle pouvait encore se mobiliser.

En effet la main droite, franchit facilement le D. S. et va sans trop de difficultés chercher très haut vers le fond, le pied gauche (antérieur) qui se laisse abaisser facilement à la vulve.

On le fixe par un lac.

Une main extérieure essaie de remonter la tête tandis que des tractions modérées sont exercées d'une façon intermittente sur le pied.

Ces manœuvres sont exercées pendant 20 minutes environ, sans résultat au point de vue de l'évolution.

On s'aperçoit à ce moment qu'à 7 centimètres environ au dessus du D. S., niveau auquel la main avait perçu au moment de l'abaissement du pied une légère contracture, il existe un anneau de contracture incomplet accentué du côté gauche, et au dessus duquel se trouve le siège, tandis qu'à droite, il empêche l'ascension de la tête. La tonicité est telle que les doigts ne peuvent absolument pas le franchir. Il n'y a plus de bruits du cœur.

On renonce aussitôt à poursuivre les manœuvres de version (2 h. 30 matin). On suspend l'anesthésie et on fait à la parturiente 2 centigr. de morphine. 1/2 heure après, la femme éveillée à demi, fait des efforts expulsifs.

L'utérus est toujours tétanisé on ne peut espérer plus de succès que tout à l'heure. Nouvelle injection de 2 centigr. de morphine. Il est impossible d'obtenir la communication avec M. Devraignes. A 3 h. 30 on téléphone à M. Chirié, qui arrive à 4 heures 30.

La femme sur laquelle la morphine semble n'avoir que peu d'action (imprégnation éthylique probable) continue à avoir des efforts expulsifs.

Au toucher, un pied muni d'un lac dans la vulve.

L'utérus paraît globuleux et rétracté sur le fœtus.

Au toucher profond, on sent une tête relativement facile à atteindre au perforateur de Blot. On agrandit la brèche obtenue et on fait une injection dans la cavité crânienne pour faire sortir la substance cérébrale ; malgré cela, il ne semble pas que l'évolution puisse se faire et on applique le basiotribe.

On réduit la tête très facilement (perforation avec 2 cuillères). On essaie de faire l'extraction et on éprouve de la difficulté. On enlève une branche du basiotribe et l'on recommence à tirer, mais l'instrument dérape.

A ce moment, la tête étant réduite et la main pénétrant facilement dans l'utérus, M. Chirié essaie d'activer l'évolution qui a été commencée sans succès.

L'évolution se fait très lentement d'abord pénible, puis relativement facile.

On dégage la hanche antérieure, puis la hanche postérieure, l'abaissement des bras est relativement facile.

L'extraction de la tête non moins facile.

L'exploration de l'utérus après l'extraction du fœtus montre qu'il y a rupture utérine. Délivrance artificielle. On sonde la femme et l'on ramène du sang ; immédiatement on fait une laparotomie médiane du pubis à l'ombilic.

Il existe une déchirure de la face antérieure du col et du segment inférieur s'arrêtant à la partie épaisse de l'utérus.

On fait l'hystérectomie supra vaginale et la marsupialisation à la façon d'Hartmann et cloisonnement de l'abdomen par le moignon utérin. Drainage de la grande cavité péritonéale après éthérisation et drainage abdomino vaginal.

Etant donné l'état de la femme on laisse la déchirure vésicale sans la traiter autrement et on emploie la bouillie lactique pendant plusieurs jours.

La déchirure vésicale était longitudinale intéressant la face postérieure et proche du bec de l'uretère gauche, à peine un millimètre.

Garçon pesant 4 k. 500 sans la matière cérébrale.

Placenta pesant 800 grammes.

Sérum: Spartéine. Huile camphrée. Guérison de la femme après suites de couches à peine accidentées.

A été passée chez M. Marion pour y être opérée de la lésion vésicale.

Service du D^r Marion. — Le 21 Juillet, a été opérée Herbert Augustine pour une volumineuse fistule vésico vaginale de 6 centimètres, après rupture utérine, siégeant entre les 2 uretères, surtout près du bec gauche qu'on libère

Avivement, décollement du vagin. Suture par 2 plans de fils de lin avec le vagin en adossant, puis suture au catgut de la vessie.

Malade sortie guérie le 19 Août.

RUPTURE DI

OBSERVATIONS	CAUSES DE RUPTURE	RUPTURE DE L'UTERUS	SIEGE	DIRECTION
1) Lachapelle	Spontanée	Version après rupture, utérus rompu en avant et en bas et à droite vers le col.	Face postérieure	
2) Bonnaire	Spontanée	Version après rupture. Déchirure du segment inférieur oblique de droite à gauche, de bas en haut.	Face postérieure	Transvers près du sommet
3) Bonnaire	Spontanée	Version après rupture. Déchirure du segment inférieur en avant et à gauche suivant une direction transversale.	Face postérieure	
4) D ^r Bouilly	Traumatique (Forceps et version)	Déchirure de la paroi antérieure du segment inférieur.	Face postérieure	Transvers.
5) Brossard Tuffier	Forceps ?	Large déchirure de l'utérus impossible à suturer.	Large déchirure de la vessie impossible à suturer	
6) Villar	?	Déchirure du côté gauche partant du col et allant se perdre près de l'insertion du ligament rond.	Face postérieure côté gauche	
7) Demelin et Calvé	Version	Déchirure étendue du segment inférieur et du corps utérin sur la paroi antérieure.	Déchirure de la vessie passée inaperçue	
8) Demelin et Calvé	Version	Déchirure du segment inférieur.	Face postérieure	Transversa
9) Pinard et Potocki	Spontanée	Déchirure du segment inférieur située sur la ligne médiane descendant sur le col utérin qui est rompu longitudinalement jusqu'à l'orifice externe.	Face postérieure	Transversa
10) Demelin et Chirié	Traumatique (Forceps et version)	Déchirure de la face antérieure du col et du segment inférieur.	Face postérieure	Longitudinale

E LA VESSIE

N	ETEN- DUE	BORDS	TRAITEMENT		TERMI- NAISON
			UTÉRUS	VESSIE	
	7 cm				mort
ale	6 cm	uretère et bas fond intacts			mort
					mort
ale	grande étendue	irréguliers	Bords amenés au contact de l'incision abdominale.	Vessie suturée en partie. Drainage de la vessie par partie inférieure de l'incision abdominale. Pas de drainage vaginal.	mort
			M. Tuffier réunit les plaies utérine et vésicale aux bords de la plaie abdominale		mort
	grande étendue		Opération de Porro	Vessie suturée immédiatement.	?
			Hystérectomie sub. totale, moignon cervical obturé et fixé à la face pos- térieure de la vessie. Enfouissement et peritoncisation du moignon. Drainage abdomino vaginal. - Drainage du Douglas.	Sonde à demeure. Fistule vésicale opérée trois mois après par Ricard.	guérison
le	très éten- due	Bords déchiquetés	Hystérectomie sub. totale, moignon cervical suturé comme dns l'observa- tion précédente. Peritoneisation iso- lant, rupture vésicale.	Pas de suture, sonde à demeure drain allant du Douglas à l'angle inférieur de l'incision abdominale.	mort
le	6 cm	irréguliers	Hystérectomie abdominale totale. Drainage par Mikolicz.	Suture primitive de la vessie par 2 plans superposés au catgut.	guérison
	6 cm	intéressant le bas fond vésical et s'arrêtant à un millimètre à peine du bec de l'uretère gauche.	Hystérectomie supra vaginale et marsu- fialisation du moignon à la façon d'Harimann et drainage abdomino vaginal de la région marsufialisée. Déchirure vésicale non traitée.	Opération de la fistule vésico vaginale par le procédé de Marion 1 mois 1/2 après.	guérison

HISTORIQUE

Nous laisserons de côté les ruptures isolées de la vessie et nous ne nous occuperons que des ruptures de la vessie compliquant les ruptures de l'utérus. Les cas de rupture utéro vésicale sont rares, rareté qui est expliquée par suite de la mobilité de la vessie par rapport à l'utérus.

Nous n'avons pas trouvé de relation du traitement des ruptures utéro vésicales dans les traités de Velpeau, Pajot, Cazeaux.

Il faut arriver aux traités classiques à l'article de Bonnaire, aux thèses de Brossard, de Sauvage pour recueillir des indications.

Pour *Tarnier*, la rupture vésicale est la complication qui offre le plus de gravité au cours d'une rupture utérine et il insiste longuement sur le traitement qu'il convient de suivre.

Maygrier dans son traité cite la rupture vésicale comme une complication très rare et très grave.

Bonnaire consacre un long article aux ruptures utéro vésicales dans les archives de tocologie de 1891. Il publie cinq observations et conclut à un traitement chirurgical d'urgence.

On ne trouve dans la thèse de *Brossard* qu'une observation de rupture utéro vésicale, mais rien de particulier sur le traitement de cet accident.

La thèse de *Sauvage* en 1901 ne publie aucune observation de rupture utéro vésicale.

Néanmoins, *Sauvage* signale le fait en disant que l'existence d'une déchirure de la vessie comporte des indications opératoires spéciales et que c'est en 1887 que M. Bouilly a pratiqué la première intervention d'une déchirure de l'utérus et de la vessie.

Et *Sauvage* conclut en disant qu'avec des documents heureusement aussi peu nombreux, il est impossible de fixer une technique opératoire définitive.

Ivanoff dans le très long article qu'il consacre aux ruptures de l'utérus ne mentionne pas un seul cas de rupture utéro vésicale.

Bar et Brindeau dans leur traité d'accouchement signalent que les déchirures de la vessie sont rares, mais qu'elles compliquent beaucoup la gravité de la rupture utérine.

Rien n'est signalé dans le traité de *Vallich* au sujet de cet accident.

En résumé, nous voyons que cet accident redoutable est heureusement très rare et qu'il tient peu de place dans le chapitre des ruptures.

II FREQUENCE DE CES RUPTURES

Nous avons vu au cours de l'Histoire que ces ruptures utéro vésicales sont très rares.

Scipiadès dans l'ouvrage de Brindeau leur attribue 8 % dans les complications des ruptures utérines.

Ce chiffre nous semble exagéré puisque aucune observation n'a été retrouvée dans la thèse de Sauvage dans le travail d'Ivanoff, et que Brossard sur 150 observations de rupture utérine n'en cite qu'un seul cas.

La rareté de cet accident nous est expliquée par l'étude des rapports anatomiques à la fin de la grossesse entre l'utérus et la vessie, rapports dont nous allons résumer les données essentielles :

A l'état normal et de non gravidité, la vessie vide est dans le petit bassin entre le col et la lymphise.

Il serait étonnant que la vessie déjà peu fixée à l'utérus non gravis, ne devînt pas plus indépendante encore à l'occasion de la grossesse.

On sait que l'utérus pendant la gestation est divisé en 3 segments. Le fond, le segment inférieur, le col, et que la plus grande partie de son développement se fait aux dépens du segment inférieur.

C'est surtout avec le col et le segment inférieur que la vessie est en rapport.

Les adhérences celluleuses intervésico-utérines déjà peu résistantes à l'état de vacuité, deviennent extrêmement faibles, pour ainsi dire nulles du fait de la gestation.

La vessie ne se trouve séparée de l'utérus que par le profond cul de sac du péritoine qui, d'après Demelin peut descendre jusque sur le vagin, et au moment du travail n'est plus exactement sur la ligne médiane, mais devient asymétrique.

Ainsi de par la grossesse, le tissu conjonctif pericervical se ramollit comme le col lui-même, les adhérences celluleuses du col avec le réservoir urinaire perdent toute intimité, elles n'existent pour ainsi dire plus, tant elles sont devenues lâches et extensibles.

Le réservoir urinaire qui n'est plus lié à l'utérus glisse sur lui, il est comme énuclé du petit bassin et remonte au dessus du pubis.

La rupture vésicale sera donc une complication rare de la rupture utérine, parce que la vessie est mobile par rapport à l'utérus, mobilité qui va en s'accroissant à mesure que la femme se rapproche du terme.

III ETIOLOGIE

Nous n'insisterons pas sur les causes de rupture utérine qui sont classiques, mais nous voulons savoir dans quelles conditions surviennent les ruptures de la vessie compliquant la rupture utérine.

Il faut pour cela nous en rapporter à l'étude des observations qui nous montrent que les ruptures utéro vésicales peuvent être traumatiques ou spontanées. Traumatiques : elles surviendront particulièrement au cours des tentatives de version qui sont la grande cause des ruptures utérines ; c'est ainsi que sur dix observations, la version est retrouvée quatre fois comme cause de rupture.

Le forceps peut être incriminé dans une observation.

Dans les autres observations, la rupture est spontanée.

Les ruptures survenaient spontanément surtout autrefois. Aujourd'hui la rupture utéro vésicale est surtout due à une faute de thérapeutique ou de technique opératoire, mais c'est surtout la version qui en est la cause principale.

IV MECANISME DE CES RUPTURES

Par quel mécanisme se font ces ruptures utéro-vésicales. Bonnaire l'a expliqué dans son article :

Nous en donnons ici le résumé.

Pour Bonnaire, la lésion se fait en 2 temps :

Dans le 1^{er} temps, sous l'influence de contractions énergiques, il se fait au niveau de la face postérieure de la lymphse

pubienne une compression s'exerçant sur la vessie et l'utérus et amenant en ce point une attrition des tissus et une petite solution de continuité qui fait communiquer les deux organes.

Dans un 2^e temps, le segment inférieur continuant à se distendre progressivement au-dessus du point comprimé et déjà perforé, il se produit par éclatement à partir de ce point une déchirure plus ou moins grande de la vessie.

Cette théorie ne vaut que pour les ruptures utéro-vésicales spontanées ; mais ces ruptures peuvent être traumatiques et des adhérences anciennes entre la vessie et l'utérus peuvent les faciliter.

V ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans le cas de rupture utéro-vésicale, la rupture de l'utérus est une rupture du col et du segment inférieur siégeant presque toujours sur la face antérieure ; c'est ce qui ressort des observations.

Quant aux lésions de la vessie leur étude est des plus importantes, car elles commandent le traitement de la rupture vésicale.

Un 1^{er} fait : c'est que c'est toujours la face postérieure de la vessie qui est intéressée — c'est du moins ce que nous montrent les observations.

Nous croyons bon de rappeler ici quelques données anatomiques sur la face postérieure de la vessie, données qui nous seront d'une grande utilité à l'étude du traitement.

La face postérieure de la vessie comprend deux parties très différentes : c'est ce qu'exprime Marion dans la thèse de Francey qui divise la face postérieure de la vessie en 2 parties : l'une antérieure ou inférieure : le trigone vésical ; l'autre postérieure ou supérieure : le Bas-fond.

Le trigone vésical correspond à peu près exactement sur la paroi vaginale au triangle de Pawlick, et c'est à la base de ce trigone et aux angles de cette base que viennent se terminer les uretères

Les conduits ont perforé la paroi vésicale dans un trajet oblique en bas, en avant et en dedans, traversant la musculéuse, puis la muqueuse pour s'aboucher enfin aux orifices utéraux qui forment les angles du trigone.

Tout le reste du trigone se trouve au contraire au dessous de l'abouchement de ces canaux.

C'est donc une zone beaucoup moins dangereuse au point de vue opératoire et l'on conçoit déjà tout l'intérêt qu'il peut y avoir à situer la déchirure vésicale par rapport à l'une ou l'autre de ces régions.

La direction de la déchirure vésicale est généralement transversale ; c'est ce qui est noté dans 4 observations. Elle est longitudinale dans 1 observation.

L'étendue de la déchirure n'est pas inférieure à 6 centimètres et dans quelques cas peut dépasser ce chiffre de plusieurs centimètres.

Les bords de la déchirure sont rarement réguliers.

Dans un cas ils ont permis à Pinard et Ptock de faire une suture immédiate.

Dans la plupart des cas les bords sont irréguliers, déchiquetés, contus. Mais c'est surtout le siège de la déchirure par rapport à l'uretère qu'il convient de préciser.

Malheureusement, ce siège n'est noté d'une façon précise que dans l'observation de M. Chirié où l'on voit la déchirure s'arrêter à un millimètre du bec de l'uretère gauche.

On conçoit toute l'importance de cette donnée au point de vue thérapeutique. Faire la suture immédiate dans des conditions semblables, c'est s'exposer à lier l'uretère avec toutes les conséquences de cette ligature.

Toute la thérapeutique de la rupture vésicale découlera donc de l'état de la plaie vésicale et du siège de cette plaie, particulièrement dans les connexions avec les uretères.

VI SIGNES ET DIAGNOSTIC

Si le diagnostic de la rupture utérine est généralement facile à cause des signes cataclysmiques qui l'accompagnent ;

celui de la rupture vésicale peut être beaucoup plus difficile, puisque dans certains cas la complication vésicale a pu passer inaperçue.

Deux signes cependant permettent de faire le diagnostic.

1) Le cathétérisme en montrant que la vessie est vide, mais surtout en ramenant du sang ; pourtant, on n'oubliera pas qu'on a signalé pendant le travail des hématuries d'origine vésicale, indépendantes de toute perforation de la paroi de la vessie.

2) Le toucher manuel combiné au cathétérisme peut permettre de prendre contact direct avec la sonde.

En conséquence, la rupture vésicale est une complication dont le diagnostic pourra s'imposer dans quelques cas, mais qu'on devra soupçonner et rechercher notamment par le cathétérisme chaque fois qu'on aura fait une intervention longue et difficile ou qu'on traitera une rupture utérine.

VII PRONOSTIC

Le pronostic de la rupture utéro-vésicale était autrefois considéré comme fatal ; mais aujourd'hui grâce à une intervention rationnelle et précoce on arrive à sauver des malades. C'est ainsi que sur nos dix observations, on relève 3 cas de mort sans intervention ; 3 cas de mort après intervention ; et 3 cas de guérison.

VIII TRAITEMENT

a) *Considérations*

Si l'on est d'accord sur le traitement de la rupture utérine qui commande l'Hystérectomie immédiate, car de la précocité de l'intervention et de sa rapidité d'exécution dépend bien souvent la vie de la malade.

Il n'en est pas de même pour le traitement de la rupture vésicale dont le traitement d'après les observations est discuté, puisque certains suturent immédiatement la vessie, tan-

dis que d'autres (telle l'observation si intéressante de M. Chiarié) ajournent l'intervention pour la vessie.

Mais avant de faire l'étude détaillée du traitement de la rupture vésicale compliquant une rupture utérine et d'exposer les raisons qui font que l'on suture immédiatement ou que l'on ajourne l'intervention ; examinons les renseignements que nous avons pu recueillir sur ce chapitre de thérapeutique.

On trouve dans le traité de *Tarnier* et *Budin* que les ruptures compliquées de déchirure de la vessie sont justiciables d'un traitement variable suivant l'étendue des lésions et l'état des tissus.

La laparotomie faite, on procédera à la suture des 2 organes déchirés si la chose est possible, c'est-à-dire si les tissus ne sont pas contus, déchiquetés.

La suture du réservoir urinaire sera faite comme celle de l'utérus, à l'aide de fils de soie ou de catgut ne comprenant que les deux couches externes de la paroi et n'intéressant pas la muqueuse vésicale.

Mais si les lésions sont considérables et si l'état des tissus est tel que la suture soit impossible, on pourra se borner à attirer les 2 solutions de continuité utérine et vésicale vers la paroi abdominale et les fixer en ce point par une suture utéro-pariétale et vésico-pariétale.

La cavité péritonéale se trouvera ainsi fermée et les 2 organes formeront une sorte de cloaque s'ouvrant à l'extérieur.

C'est la conduite qui a été suivie par Bouilly dans l'observation qu'a rapporté Bonnaire et par Tuffier dont le fait est relaté dans la thèse de Brossard. Malheureusement les 2 opérées ont succombé.

Peut-être vaudrait-il mieux en pareil cas faire l'ablation de l'utérus et suturer la vessie comme l'a fait Villar en pareil cas.

On lit dans le précis d'obstétrique de Maygrier que lorsque la vessie est déchirée en même temps que l'utérus, il faut après s'être occupé de celui-ci (Hystérectomie supra vaginale) suturer si possible la plaie vésicale et laisser une sonde à demeure.

Si les lèvres de la plaie vésicale sont irrégulières, on les suture à la paroi abdominale (procédé de Bouilly) ou on les fixe au vagin en constituant par dessus la vessie un toit péritonéal protecteur.

Bar et Brindeau dans leur traité d'accouchement indiquent que l'on devra faire l'hystérectomie à la façon d'Hartmann en se souvenant que plus l'opération est précoce, plus on a de chances de sauver la malade ; s'il y a rupture de la vessie, on devra de préférence la suturer en 2 plans suivant la méthode de Potocki et Villar.

Mais on devra toujours péritéoniser par dessus la déchirure et drainer par le vagin.

Jeannin dans son traité de thérapeutique gynécologique conseille :

Soit l'hystérectomie sub-totale avec drain vaginal drainant le petit bassin et reconstitution d'un toit péritonéal.

Soit l'hystérectomie à la façon d'Hartmann.

Quant au traitement vésical, M. Jeannin pense qu'une fois l'hystérectomie faite, il faut suturer la plaie vésicale en 2 plans au catgut puis y placer une sonde à demeure.

Mais dans les cas où les bords de la plaie vésicale seraient par trop irréguliers, déchiquetés, on pourrait les suturer à la paroi abdominale ou encore drainer la plaie par le vagin en constituant par dessus la vessie un toit péritonéal protecteur.

Quant à la fistule qui s'ensuivra, on interviendra de deux à trois mois après l'accouchement, car il faut que les tissus soient redevenus normaux, bien cicatrisés, non suspects d'infection.

En résumé nous voyons que l'on est complètement d'accord au sujet de la rupture utérine.

Il faut opérer d'urgence et aussi vite que possible. On fera une hystérectomie plus ou moins atypique suivant les cas dont le procédé décrit par Hartmann, hystérectomie supra-vaginale avec drainage, est le plus fréquemment employé.

Nous répétons qu'il faut opérer aussitôt et aussi vite que possible car la rupture utérine s'accompagne d'un stock con-

sidérable, d'hémorragie très grave et la vie de la femme est entre les mains du chirurgien.

Quant au traitement de la rupture vésicale, 3 méthodes sont en présence suivant d'ailleurs ce qui ressort des observations.

1) La suture de la plaie utéro-vésicale à la paroi avec marsupialisation (procédé de Bouilly abandonné) ;

2) La suture immédiate de la plaie vésicale.

3) La plaie vésicale est laissée béante et on cherche à protéger la grande cavité péritonéale en faisant un toit péritonéal protecteur.

Chacune de ces 2 dernières méthodes a ses avantages, mais l'emploi de l'une ou de l'autre dépend essentiellement de 3 choses.

a) De l'état général de la femme.

b) De l'état de la plaie vésicale.

c) Du siège de cette plaie par rapport aux uretères.

Car dans un cas de rupture utéro-vésicale, il faut :

Opérer le plus tôt possible après l'accident et faire une opération rapide.

En effet, c'est l'état général de la malade qui guide le chirurgien et il vaudra mieux, s'il faut gagner du temps laisser la plaie vésicale qui sera opérée ultérieurement.

Il nous reste donc avant de conclure à examiner les 2 procédés en présence :

C'est le procédé qui a été employé dans les 2 observations de Villar et de Potocki.

1° *Suture immédiate de la vessie.*

C'est le procédé qu'on emploiera chaque fois que les bords de la plaie vésicale seront nets ; quand la déchirure sera suffisamment éloignée de l'uretère pour qu'on ne soit pas exposé à la prendre dans un point de suture ; et quand l'état de la femme le permettra.

Dans tous les cas, on fera le cloisonnement péritonéal, le toit péritonéal protecteur pour isoler le foyer de rupture cervico-vésinal de la grande cavité péritonéale, et on suturera la vessie en employant la technique de Potocki qui est la suivante :

Après avoir fait l'hystérectomie totale ou sub-totale (supra vaginale) ; on suture la vessie au catgut N° 2 en surjet serré dont chaque point est arrêté.

Ce surjet intéresse toute l'épaisseur des lèvres de la plaie vésicale ; par dessus ce premier plan de suture on fait un second surjet au catgut qui comprend une épaisseur aussi grande que possible de tissus, on péritonéisera par dessus de façon à isoler ce foyer de la grande cavité péritonéale.

2° *Cas où la vessie n'est pas suturée immédiatement.*

On en relève cinq cas parmi les observations dont deux cas, l'un opéré par M. Demelin, l'autre par M. Chirié furent suivis de guérison.

Ce sont les cas les plus graves car les déchirures sont très étendues, voisinant les uretères, à bords déchiquetés et contus.

Deux techniques sont en présence, celle de M. Demelin et celle de M. Chirié.

a) M. Demelin après avoir fait l'hystérectomie sub-totale sutura le moignon cervical et en fixa le moignon obturé à la face postérieure de la vessie.

Il fit l'enfouissement du moignon et la péritoncisation isolant ainsi le foyer de rupture de la grande cavité péritonéale.

Ce foyer de rupture fut drainé par le vagin et la grande cavité par un drain allant du Douglas à la paroi abdominale.

La paroi fut fermée, une sonde à demeure mise dans la vessie et la fistule fut opérée 3 mois après.

b) M. Chirié employa la technique d'Hartmann :

Hystérectomie supra vaginale passant par le foyer de rupture.

Suture des déchirures péritonéales s'étendant au loin vers les parois de l'abdomen et du pelvis afin de fermer complètement du côté de la grande cavité séreuse le foyer traumatique de la rupture.

Le moignon fut amené au contact de la paroi abdominale à laquelle il fut fixé après marsufialisation.

Il y eut ainsi cloisonnement isolant complètement la grande cavité péritonéale du foyer de rupture. La vessie avec sa brèche si importante fut laissée telle quelle.

Le drainage abdomino vaginal fut pratiqué et la bouillie lactique employée pendant plusieurs jours.

Que deviennent ces cas de rupture vésicale non traités immédiatement ?

Ils donnent lieu à l'opération ultérieure d'une fistule vésico-vaginale ou vésico-cervicale.

Il n'entre pas dans ce modeste travail d'indiquer le traitement de ces fistules qu'on trouvera exposé dans la thèse de Francey inspirée par Marion. On doit d'après Marion attendre 3 mois avant de les opérer et la voie transvésicale est généralement employée.

Il nous est impossible de conclure en faveur de la suture immédiate ou du procédé d'attente, car tous les deux ont des avantages et doivent être employés suivant les circonstances.

C'est donc affaire d'espèce et l'on sera surtout guidé pour le choix de l'un ou l'autre procédé par l'état général de la femme qui prime tout et commande d'aller très vite et par la situation de la déchirure par rapport aux uretères dont la proximité est des plus redoutables et prolongerait une opération chez une malade en danger de mort.

CONCLUSIONS

1° Les ruptures utéro-vésicales sont très rares, cette rareté tient d'une part : aux rapports anatomiques de l'utérus et de la vessie ; d'autre part, à la conduite actuelle de prophylaxie en présence des dystocies d'origine maternelles ou fœtales.

2° En présence d'une rupture utérine, il faut songer à la possibilité d'une rupture vésicale, celle-ci pouvant facilement passer inaperçue.

3° L'accident s'étant produit il faut se rappeler que *c'est la rupture utérine qui prime tout* et que la vie de la femme tient essentiellement à la précocité de l'intervention et à la rapidité d'exécution.

4° En présence de la rupture vésicale qui assombrit encore le pronostic de la rupture utérine on se comportera différemment suivant les cas :

a) Si la rupture vésicale siègeant sur la face postérieure est à bords nets, si elle est haut située c'est-à-dire loin des uretères, on tentera la suture immédiate suivant le procédé de Villar et Potocki.

b) Si la rupture vésicale est basse, voisinant les uretères, si les bords en sont contus, déchiquetés, on emploiera soit le procédé de M. Demelin, soit celui de M. Chirié, s'est-à-dire qu'après avoir isolé la grande cavité péritonéale on drainera le foyer de rupture laissé tel quel et 3 mois après, la fistule sera opérée par la voie transvésicale.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — L'Obstétrique.
- BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements.
- BONNAIRE. — Archives de Tocologie 1891.
- BAR· BRINDEAU et CHAMBRELANT. — Pratique de l'art des accouchements.
- BROSSARD. — Etude sur le traitement des ruptures de l'utérus. Thèse Paris 1889.
- BUDIN. — Thèse d'agrégation 1880, Paris.
- COUVELAIRE. — Introduction à la chirurgie utérine obstétricale.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouchement.
- DEMELIN. — Documents pour servir à l'histoire anatomique et clinique du segment inférieur de l'utérus. Thèse Paris 1888
- DEMELIN et CALVÉ. — Bulletin de la Société d'Obstétrique 1904
- DEPAUL. — Leçon de clinique obstétricale.
- FRANCEY. — Cure des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. Thèse Paris 1913.
- HARTMANN. — Technique de l'ablation de l'utérus dans les ruptures complètes de l'organe, Annales d'obstétrique et de gynécologie 1901.
- IVANOFF. — Etiologie, prophylaxie et traitement des ruptures de l'utérus pendant l'accouchement. Annales de Gynécologie, 1904.
- JEANNIN et GUÉNIOT. — Thérapeutique obstétricale et gynécologique.
- MAYGRIER et SWAB. — Traité d'obstétrique. Annales de la Société d'Obstétrique 1892.

PINARD et POTOCKI. — Bulletin de la Société d'Obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, 1904.

RIBEMONT, DESSAIGNE et PAGE. — Précis d'obstétrique.

SAUVAGE. — De l'anatomie pathologique et du traitement des ruptures utérines pendant le travail. Thèse Paris 1901.

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements .

VARNIER. — Du traitement des ruptures de l'utérus.

Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1901.

VILLAR. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. Février 1895.

VELPEAU. — Traité de l'art des accouchements.

WALLICH. — Précis d'obstétrique.

Vu : *Le Président,*

COUVELAIRE

Vu

et permis d'imprimer :

Le Recteur

de l'Académie de Paris,

Vu :

Le Doyen,

